UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1910-1911 N° 40

LE Sphacèle des Fibromes Utérins AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 DÉCEMBRE 1910

PAR

Jean-Louis BABLET

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Quimper (Finistère), le 5 Juin 1886

Examinateurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur..... *Président.*
MOUSSOUS, professeur.....
PRINCETEAU, agrégé.....
PETGES, agrégé..... } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56 — rue du Hautoir — 56

1910

53 L

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1910-1911 N° 40

LE Sphacèle des Fibromes Utérins AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 DÉCEMBRE 1910

PAR

Jean-Louis BABLET

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Quimper (Finistère), le 5 Juin 1886

Examinateurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur..... *Président.*
MOUSSOUS, professeur.....
PRINCETEAU, agrégé.....
PETGES, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56 — rue du Hautoir — 56

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY, PICOT, LANELONGUE, VERGELY, LAYET, BADAL ..... Professeurs honoraires.

	MM.
Clinique interne	ARNOZAN. PITRES
Clinique externe	DEMONS. VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales	CASSAËT.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	GENTES.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	AUCHE.
Médecine légale	LANDE.
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.

	MM.
Pharmacie	DUPOUY.
Matière médicale	BEILLE.
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	DENUCÉ.
Clinique gynécologique	CHAVANNAZ.
Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique	DENIGES.
Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Pathologie exotique	LE DANTEC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez	MM. MOURE.
Clinique des maladies mentales	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. VERGER. ABADIE. CRUCHET. | MM. PETGES. J. CARLES.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ... MM. VENOT. GUYOT. ROCHER. | Accouchements. MM. CHAMBRELENT PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie ..... MM. PRINCETEAU CAVALIE. AUBARET. | Physiologie ..... Histoire naturelle... MM. GAUTRELET. MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie ..... M. BENECH. | Pharmacie ..... MM. BARTHE. LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Thérapeutique et Pharmacologie	MM. MONGOUR.
Médecine opératoire	BEGOUIN.
Accouchements	CHAMBRELENT.
Physiologie	GAUTRELET.
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Clinique dentaire	CAVALIE.
Anatomie et Physiologie élémentaires (Etudiants en Chirurgie dentaire et élèves sages-femmes)	SELLIER.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAUGA

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-JEAN

Pour la bienveillance et la sympathie qu'il nous a témoignées durant notre année d'internat.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Cher Maître,

Dès mon arrivée à Bordeaux, j'eus le bonheur de faire un stage de six mois dans votre service de l'Hôpital Saint-André. J'y ai pris le goût de la gynécologie que votre enseignement si précis, si clair, si pratique surtout, m'a montré sous un jour des plus captivants. Depuis, vous m'avez toujours conseillé, guidé, soutenu avec une inépuisable bienveillance durant ces trois années d'études.

Je remplis donc un devoir particulièrement agréable en vous dédiant cette thèse qui est un peu comme le reflet de votre enseignement. Acceptez-la comme un témoignage bien sincère de ma reconnaissance et de ma respectueuse admiration.

J. B.

INTRODUCTION

La plupart des gynécologues et accoucheurs s'accordent aujourd'hui à admettre la bénignité relative des fibromes utérins au cours de la grossesse.

Le plus souvent, il est certain, la grossesse évolue sans encombre mais parfois aussi des accidents fort graves surviennent à l'improviste, et le médecin qui a des raisons de soupçonner chez l'une de ses malades l'existence d'une tumeur fibreuse doit, de l'avis de tous, la surveiller avec le plus grand soin pendant toute la durée de sa gravidité s'il veut la soustraire aux dangers qui la menacent.

Déjà, en 1880, dans sa thèse d'agrégation, Lefour avait donné l'éveil, en montrant, par des statistiques impressionnantes combien sont fréquents l'avortement, les hémorragies, les troubles de compression dans la grossesse compliquée de fibrome. Un peu plus tard, Bœcker disait: « On doit reconnaître que, communément le fibrome n'influe pas sur la marche de la grossesse; pourtant la femme, depuis le début de la gravidité jusqu'à l'expiration de la puerpéralité, se trouve dans une position périlleuse et le danger de mort, comme une épée de Damoclès, plane constamment sur sa tête. »

Ce danger ne vient pas seulement de l'obstacle mécanique que crée le fibrome au développement de l'utérus, de l'avortement qu'il entraîne dans bien des cas avec ses redoutables conséquences, des dystocies qu'il peut causer au moment de l'accouchement; il peut venir du fibrome lui-même

qui subit, du fait de la grossesse, des altérations anatomiques, des dégénérescences pouvant aller jusqu'à la nécrose, jusqu'au sphacèle: ce sont ces dernières complications compromettant gravement la vie de la mère et plus encore celle de l'enfant que nous allons étudier.

Nous entendons le mot sphacèle, non point dans le sens de gangrène septique qu'on lui a quelquefois donné, mais dans le sens le plus large du mot, dans le sens de mortification, de mort locale des tissus, sans préciser davantage si l'infection intervient ou non dans ce processus. L'absence de données bactériologiques précises nous oblige en effet à rester un peu dans le vague et nous nous contenterons en étudiant les causes qui ont amené la tumeur jusqu'à la nécrose de rechercher celles qui ont favorisé la pénétration des germes septiques dans les cas d'ailleurs fréquents où l'infection ne fait pas de doute.

Le sphacèle des fibromes est un accident rare: Les quelques observations publiées à ce sujet sont généralement très brèves et leurs auteurs (à quelques exceptions près) se bornent à signaler ces cas qu'ils considèrent comme tout à fait exceptionnels et ne méritant pas d'être approfondis. Une communication récente de Monsieur le Professeur Chavannaz nous a donné l'idée de réunir les observations de ce genre éparses dans la littérature médicale et d'essayer de tirer de leur comparaison quelques données intéressantes ou utiles.

Sans avoir la prétention de faire la lumière sur une question aussi obscure et dont l'étiologie, en dépit de nos efforts nous a bien souvent paru énigmatique, nous espérons que ce modeste travail attirera l'attention sur une complication aussi redoutable que délaissée des fibromes gravidiques. Plus tard, sans doute, d'autres, plus compétents et mieux documentés, continueront à défricher le terrain timidement exploré par nous, et, triomphant des obstacles qui nous ont arrêté, compléteront l'œuvre que notre inexpérience nous contraint à laisser inachevée.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Ce fut J. Cappie qui publia en 1874 la première observation de fibrome sphacélé au cours de la grossesse. Encore cette observation est-elle sujette à caution, l'auteur, qui n'avait point pris de notes en temps utile l'ayant reconstituée d'après ses souvenirs en raison de sa terminaison peu banale.

En 1880, dans sa thèse d'agrégation, Lefour consacre quelques lignes à la dégénérescence gangréneuse qui, dit-il, envahit quelquefois les fibromes utérins gravidiques.

Krukenberg publie en 1883 une observation fort détaillée; les symptômes y sont longuement décrits, le diagnostic minutieusement discuté. La malade, après avoir présenté des symptômes infectieux graves, avorta et mourut peu après, sans qu'aucune intervention sérieuse eût été tentée pour la sauver.

Kaltenbach (1887) publie l'observation d'un fibrome ayant entraîné au troisième mois des douleurs intolérables. Il fit l'amputation supra-vaginale et constata que le fibrome était dégénéré. Nous ne sommes pas autrement fixé sur cette dégénérescence, Kaltenbach fut le premier à préconiser l'hystérectomie subtotale au cours de la grossesse dans les cas de fibromes multiples, fibromes à accroissement rapide et fibromes dégénérés.

Zweifel (1888) publie un cas de fibrome sphacélé dans un

utérus gravide au septième mois, mais, uniquement préoccupé d'une nouvelle technique opératoire de son invention, il ne donne aucun détail sur la maladie.

Albrecht Funke (1891), émet dans sa thèse inaugurale une opinion si paradoxale que nous tenons à la citer: « Seuls se gangrènent, dit-il, les tumeurs qui sont déjà dans le vagin ou qui sont sur le point d'être expulsées dans cette cavité. »

Cornil en 1893, étudie les altérations anatomiques des fibromes gravidiques. Il parle de la dégénérescence graisseuse de ces myomes, d'îlots mortifiés ayant subi par place un ramollissement accentué, il envisage l'élimination possible de ces îlots par phagocytose mais ne fait aucune allusion au sphacèle.

Treube extirpa en 1894, un fibrome sphacélé à la suite d'un avortement mais les symptômes graves qui précédèrent ce dernier, laissent à penser que la gangrène débuta au cours de la grossesse et amena l'expulsion du fœtus.

Pujol dans sa thèse (1896), envisage toutes les complications des fibromes gravidiques sauf la gangrène et cite, mais seulement à propos des hémorragies, l'observation de Krukenberg.

Keiffer (1897) estime que, par suite de conditions locales défectueuses, de nutrition insuffisante ou d'influences diathésiques, le fibrome peut arriver au ramollissement, à la suppuration, à la nécrose, avant même que le fœtus soit viable; il pose alors la question d'intervention et se déclare partisan de l'hystérectomie totale dans les divers cas de dégénérescences.

Lasnier dans sa thèse (1898), considère la grossesse comme une cause prédisposant à la gangrène en provoquant le ramollissement du fibrome.

Demons (1898) traite par l'hystérectomie un fibrome gravidique douloureux que l'examen montre sphacélé.

Turner (1900) parle simplement de la possibilité de la gangrène des fibromes gravidiques; il n'envisage à aucun

moment cet accident, ni dans les complications ni dans les indications opératoires.

Les thèses de Lucas (1900), Méhent (1902) n'apportent aucun document nouveau.

Guéry (1900) étudie la suppuration des fibromes. Il estime que la grossesse, par les complications que le fibrome et l'utérus gravide sont susceptibles de produire l'un sur l'autre par une aggravation réciproque, en est la cause prédisposante la plus importante.

Dans sa thèse (1902) Grosse publie l'observation d'un fibrome enlevé par myomectomie par M. Bouilly et qui fut trouvé sphacélé à l'autopsie.

Bœcker (1902) signale la gravité de la nécrose des fibromes gravidiques et proclame la nécessité de l'intervention en pareil cas.

Ribemont-Dessaignes fit le 4 juin 1903 une myomectomie pour un fibrome interstitiel qui fut trouvé nécrosé dans sa partie centrale. La malade guérit et accoucha à terme d'un enfant vivant.

Thorn en 1905 publie 2 observations: l'une sur un fibrome sphacélé du col ayant empêché l'accouchement et déterminé une rupture utérine. Après myomectomie vaginale l'accouchement artificiel devint possible et la malade guérit.

La deuxième observation concerne un fibrome ayant entraîné des troubles graves. Il fut enlevé par myomectomie et trouvé profondément nécrosé. La malade guérit et accoucha à terme.

Reymond (1905) présente à la Société anatomique un fibrome gangréné pour lequel il fit, avec succès, l'hystérectomie totale. L'examen de la pièce montra l'existence d'une grossesse tubaire au début.

Brindeau (1906) consacre un article au traitement des fibromes gravidiques et considère la suppuration et l'infection comme des indications opératoires urgentes.

Joubert (1908) cite un cas de fibrome sphacélé dans un utérus à terme observé par le Dr Martin. La femme accoucha

d'un fœtus mort et le myome fut enlevé par morcellement par le vagin.

Burty (1908) rapporte l'observation d'une malade ayant subi l'hystérectomie totale au quatrième mois et chez qui on trouva un fibrome nécrosé.

En 1908 et 1909, M. Bégouin publia dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* une série d'articles où il étudie principalement la pathogénie du sphacèle mais sans envisager la coexistence possible d'une grossesse.

A la même époque et dans la même feuille, MM. Chavannaz et Nadal exposent les résultats de leurs recherches sur la circulation artérielle dans les fibromes sphacélés mais toujours en dehors de l'état de grossesse.

M. Renaud (1908) présente à la Société anatomique un fibrome profondément nécrosé et enflammé qui fut enlevé par Segond au cours d'une grossesse.

Franck (1909) consacre un article aux indications opératoires des fibromes gravidiques. Nous n'avons pu nous procurer cet article qui contenait, paraît-il, une observation intéressante

Le 26 mars 1910, M. Laroyenne enleva par myomectomie un fibrome gravidique qui avait provoqué des accidents douloureux avec hyperthermie assez forte. La malade mourut 5 jours après l'opération et le fibrome enlevé fut trouvé nécrosé. Nous publions plus loin cette observation due à l'obligeance de MM. Commandeur et Laroyenne à qui nous tenons à exprimer ici toute notre reconnaissance.

Le 22 juin 1910, M. Chavannaz opéra une malade qui présentait des symptômes péritonéaux alarmants au deuxième mois de sa grossesse. A l'ouverture de l'abdomen, il trouva un fibrome qui fut reconnu sphacélé, et, pour cette raison, il fit une hystérectomie subtotale. Guérison.

Nous avons enfin consulté les divers traités de gynécologie et d'obstétrique au chapitre fibrome et grossesse, pensant y trouver quelques éclaircissements sur la question qui nous occupe. Notre espoir a été déçu: Labadie-Lagrave et

Legueu, Pozzi, Ribemont-Dessaignes font simplement allusion à la gangrène des fibromes « exceptionnelle au cours de la grossesse et qu'on n'observe guère que dans les suites de couches. »

Nous pouvons donc conclure que le sphacèle des fibromes gravidiques est un accident rare: Nous n'avons pu en réunir en effet que 16 observations. Nous ferons remarquer cependant que si cette complication devient plus fréquente pendant les suites de couches, peut-être cela tient-il à ce que les altérations du myome entraînent l'avortement avant d'être devenues cliniquement reconnaissables. Dans ce cas, le sphacèle méconnu au cours de la grossesse, ne se révèlerait qu'après l'avortement et ce dernier, regardé comme la cause de la gangrène, n'en serait en réalité que la conséquence (Voir obs. II, IV, V, XIII).

Quoiqu'il en soit, après cet historique un peu bref, il nous faut maintenant examiner avec plus de détails les observations que nous venons d'énumérer et essayer d'en tirer quelques conclusions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Cappie, *in Edimb. med. journ.*, 1874).

Appelé le 7 juin au matin chez Mme G., enceinte de 4 mois. Souffre du ventre depuis la veille. Douleur vive et continue, sensation de grande tension, nausées, vomissements. Pas de fièvre. Abdomen distendu, la plus petite pression est intolérable. Pas de tympanisme.

Le traitement par cataplasmes et opiacés amène un peu de soulagement. L'examen devient possible. On découvre une tumeur du volume d'un utérus à terme.

En l'absence d'antécédents fibromateux et en raison d'une chute faite par la malade, quelques semaines auparavant, on conclut à une hémorragie interne. On pratique l'avortement le 9 juin. Il se fait dans de bonnes conditions mais, contrairement à l'attente, pas de caillots, pas d'hémorragie. On pense alors à un néoplasme. mais l'épuisement de la malade contre-indique l'intervention.

Pendant quelques jours, on constate une légère amélioration, la tumeur diminue de volume; puis le 24, les symptômes s'aggravent. Agitation extrême, soif incessante, vomissements continuels. L'opium n'apporte aucun soulagement. Le chloroforme seul parvient à apaiser les souffrances de la malade qui meurt le 26 au soir.

A l'autopsie, le grand épiploon est noirâtre, adhérent à la partie supérieure de l'utérus. La cavité péritonéale ne contient ni

pus ni sérosité. A la partie inférieure de l'abdomen, tumeur sphérique de couleur brun sombre, presque noire, d'apparence sphacélée, rattachée à l'angle supérieur droit de l'utérus par un mince pédicule. Ce pédicule est tordu une fois et demie sur lui-même L'utérus semble sain.

OBSERVATION II

(Krukenberg, *Archiv. P. Gyn.*, 1883)

Femme de quarante-trois ans, mariée depuis deux ans, sans enfants. Dernières règles au début de mars.

Au début d'avril, le ventre grossissant un peu, on pense à une grossesse.

Le 10 juin, à la suite d'une défécation, frisson subit et douleurs très vives au-dessus de la symphyse. Ces douleurs cèdent au repos pour reparaître en juillet, époque à laquelle la malade entre à la clinique.

La palpation, indolore, montre l'existence de deux tumeurs: une droite, remontant jusqu'à l'ombilic, une gauche ferme et élastique un peu moins développée. Un sillon sépare en haut ces deux tumeurs, qui semblent se confondre en bas. Toutes deux sont lisses. On n'entend pas les bruits du cœur du fœtus.

La température, normale ou peu élevée le matin, monte le soir mais sans aucune régularité (jusqu'à 39°9).

On songe à un kyste ovarien suppuré. La tumeur gauche augmente peu à peu de volume, la droite restant stationnaire. Le sillon de séparation disparaît. Les bruits du cœur s'entendent sur la ligne médiane, on sent la tête fœtale ballottant au-dessus de l'excavation.

Le 10 août, les bruits du cœur disparaissent. La fièvre est toujours élevée (39°, 40°), le pouls est à 110-120, la malade dépérit à vue d'œil.

Le 11 août, la température est à 41°. Le col est presque effacé et sécrète des glaires jaunâtres, non odorantes.

Le 12, après anesthésie, on fait une incision exploratrice de

12 centimètres allant de l'ombilic vers l'épine antéro-supérieure. On ne trouve pas à ce niveau d'adhérences péritonéales; un peu de sérosité claire s'écoule. On constate que la tumeur est unique, a le volume d'un utérus à terme, que sa couleur, son aspect semblent normaux. On referme.

La température baisse, mais le soir même, avortement. Le fœtus, mort depuis peu, n'est pas macéré. Le liquide amniotique est légèrement trouble, non odorant.

Les jours suivants, ventre ballonné, douloureux. La température monte peu à peu, le pouls augmente de fréquence, l'état général s'aggrave. La malade meurt le 18 au matin.

A l'autopsie, un liquide purulent s'écoule de la cavité péritonéale. Toutes les anses intestinales sont soudées les unes aux autres par une masse fibrino-purulente jaunâtre qui recouvre également le péritoine pariétal et le foie.

Les reins présentent des noyaux miliaires gris jaunâtre. Les uretères, augmentés de volume, contiennent une urine trouble.

Ovaires et trompes congestionnés, mais sans altérations. La paroi droite de l'utérus contient un fibro-myome interstitiel, sphérique, de 8 centimètres de diamètre environ, sphacélé dans sa partie postérieure droite jusqu'à une profondeur de 3 centimètres. A ce niveau le péritoine manque sur une surface large comme la main, la partie droite du ligament large et la séreuse recouvrant la moitié droite de l'espace de Douglas manquent également. Enfin une étroite crevasse partant de la portion putréfiée du myome aboutit par un orifice ulcéré à la partie supérieure de la cavité utérine.

OBSERVATION III

(Zweifel, *Central. f. Gyn.*, 1888)

Fibrome complètement sphacélé dans un utérus gravide au septième mois.

Laparo-myomectomie par une méthode particulière.

La malade entra avec une température élevée et dans un état

lamentable à la clinique gynécologique. Elle eut encore de la fièvre un jour après l'opération. Ensuite, elle fit exception à la règle et guérit sans accident. Nos points de suture suppurèrent un peu et la malade perdit une fois du pus par le vagin. Rient ne vint ensuite troubler sa santé.

Le diagnostic sur la nature de la tumeur hésita jusqu'à l'examen microscopique entre sarcome et fibrome sphacélé.

OBSERVATION IV

(Braun, *Centr. f. Gyn.*, 1895)

Femme enceinte de 6 mois, ayant déjà eu 2 grossesses normales. Depuis un an son ventre s'est mis à grossir, depuis 8 mois douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Ces douleurs sont actuellement très vives, et s'accompagnent de poussées fébriles. A l'arrivée à la clinique: T: 38°, pouls: 72.

A la palpation on découvre 2 tumeurs:

Une à gauche de grosseur d'une tête d'adulte, de consistance lisse et uniforme.

La droite, de la taille d'une tête d'enfant est de consistance inégale, dure et élastique en bas, plus molle et rappelant celle du kyste dans sa partie supérieure.

On conclut à un kyste dermoïde dont le pédicule s'était tordu au cours de la grossesse et l'on provoqua l'avortement au moyen d'une sonde.

Cette intervention ne fit qu'aggraver l'état de la malade. La température monte jusqu'à 39°8, le pouls était à 120, les douleurs étaient intolérables.

Dans ces conditions 8 jours après l'avortement on fait une laparotomie. On trouve un fibrome d'aspect kystique, fixé par des adhérences à la paroi antérieure de l'utérus et à une intestinale dont les parois étaient dures, épaisses, infiltrées et les deux branches soudées l'une à l'autre. En détruisant ces adhérences on arrive sur un foyer purulent d'où s'échappe un pus crémeux et des débris mortifiés. On draine et on suture. Mort 28 heures après l'opération.

Braun pense que l'infection précéda l'avortement: la fièvre et les altérations profondes de l'intestin plaident en faveur de cette opinion.

OBSERVATION V

(Treube. *Arch. de locol.*, 1894)

Vingt-sept ans. Tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic, existant depuis plusieurs années sans provoquer aucun trouble. Menstruation régulière, peu abondante.

Mariée depuis un an, enceinte de 3 mois.

Depuis début de décembre présentait de la fièvre, de la sensibilité du ventre au niveau de la tumeur, des nausées, vomissements, de l'augmentation de volume du ventre.

Elle avorta et depuis, fièvre permanente, mauvais état général, diarrhée profuse. Dans ces derniers jours, la température oscillait entre 38°5 et 39°5. Examen le 16 janvier. Pouls petit à 120.

Tumeur molle, médiane remontant à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On sent les anses intestinales adhérentes en haut et sur les côtés.

Dans le vagin, sécrétion brunâtre, très fétide.

Palpation utérine impossible à cause de l'yperesthésie. Par l'examen sous chloroforme, on constate la présence d'un fibrome intimement lié à l'utérus.

Le curettage de l'utérus ramène des débris sphacélés, couverts d'un dépôt purulent. On décide une laparotomie pour le lendemain.

On trouve des adhérences très fortes de la tumeur avec les anses intestinales et le côlon. En essayant de les libérer, on déchire la partie supérieure de la paroi utérine. On incise alors l'utérus dans le but d'énucléer le fibrome et on le trouve libre dans la cavité. On l'extirpe, on suture les bords de la plaie utérine aux bords de la plaie abdominale, on ferme le reste de celle-ci et on tamponne la cavité utérine avec de la gaze iodoformée.

Pendant quelques jours, la malade alla sensiblement mieux, puis

le quatrième et le sixième jour se formèrent successivement 2 fistules utéro-intestinales au niveau de la déchirure signalée plus haut. A cette occasion, la fièvre monta beaucoup, le pouls devient très fréquent (160), mais au bout de 2 jours les symptômes s'amendèrent.

Dans la suite, la couche nécrotique enduisant la surface interne de la cavité utérine s'élimina peu à peu, les fistules se fermèrent spontanément, la fièvre disparut et l'état de la malade devint très satisfaisant. Au bout de quelques semaines, la plaie utérine était fermée et la guérison complète. Depuis, la malade a vu ses périodes revenir régulièrement et sans douleur.

OBSERVATION VI

(Demans et Binaud, *Gazette hebdomadaire de Médecine de Bordeaux*, 1898)

Louise D..., 28 ans, entre le 5 novembre 1897 dans le service du docteur Moussous.

Les règles, jusque là régulières, ont cessé en avril, puis ont repris pour disparaître à nouveau à partir de juillet. Elles n'ont pas reparu depuis.

En même temps, le ventre a grossi et la malade a commencé à souffrir. Un médecin consulté pense à une menace d'avortement et conseille l'entrée à l'hôpital.

A son entrée, douleurs très vives, rebelles aux hypnotiques (chloral, morphine). Examen sous chloroforme par Messieurs Boursier et Demons.

Femme amaigrie; ventre énorme, tumeur remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde. Cette tumeur bosselée, présente des parties, dures, ligneuses, à côté d'autres très molles.

Ni ballottement, ni petites parties fœtales. Au toucher, col élevé, ramolli. En arrière, tumeur molle donnant la sensation de fausse fluctuation. Peu mobile, elle se prolonge avec le col.

Rien à l'auscultation.

Augmentation du volume des seins, colostrum à la pression, dilatation du réseau de Haller.

On diagnostique tumeur et grossesse et on met la malade en

observation. L'amaigrissement s'accentue, la température s'élève, nausées. L'état général est de plus en plus grave. La tumeur est plus molle, un peu d'ascite. Les seins s'étant flétris, on écarte l'hypothèse de grossesse. L'intervention est jugée nécessaire.

Incision du pubis au xiphoïde. On trouve une tumeur double en forme de brioche renversée ou de ballon avec nacelle.

La première tumeur très molle, dépressible, donne sensation de ballottement. On la ponctionne. Il sort un liquide clair semblable au liquide amniotique. On agrandit l'ouverture et on trouve un fœtus de 4 mois et demi, mort, mais non macéré. Placenta bien conservé, gorgé de sang.

Ablation de la tumeur par procédé Richelet (pinces sur les annexes, incision transversale, décollement de la vessie, pincement des utérines, puis en arrière autre incision transversale et dégagement de la tumeur, enfin section longitudinale, suture du vagin et des collerettes péritonéales).

Un peu de fièvre le 5e jour. Guérison.

Examen de la pièce. — La tumeur supérieure est un fibrome contenant dans son intérieur une autre tumeur en voie de sphacèle.

Deuxième tumeur molle contenant le fœtus.

Liquide amniotique stérile.

OBSERVATION VII

(Bouilly. Thèse de Grosse. Paris, 1902)

Mme G., trente-cinq ans, entre le 6 novembre 1901 dans le service de M. Bouilly.

Réglée à treize ans, régulièrement.

Fausse-couche de trois mois à vingt ans. A sa suite, métrorragie pas très abondante, mais presque continuelle, durant six mois.

Il y a cinq ans, après une chute, douleurs abdominales vives sans fièvre ni vomissements, obligeant la malade à garder le lit.

M. Bouilly constate à ce moment une périmétrite accompagnant un petit fibrome. La poussée aiguë est éteinte en quinze jours Depuis le volume du ventre a augmenté progressivement; la malade est actuellement très grosse.

Depuis trois mois suppression des règles; pas d'autre signe de grossesse, pas d'accroissement notable du ventre.

A l'examen, tumeur dure, établie surtout du côté droit, remontant deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Surface mamelonnée, irrégulière. Au toucher on ne sent pas le col utérin. Dans le fonds du vagin, tumeur volumineuse, de consistance fibreuse, enclavée dans le petit bassin.

On diagnostique un fibrome. L'hypothèse de grossesse semble peu probable.

Le 16 novembre au moment où on endormait la malade, très émotionnée à l'idée de l'intervention, une hémiplégie droite se déclare. On renonce momentanément à l'opération. Les troubles persistent quinze jours environ. Le 20 décembre, la malade sort. Avant son départ, on ausculte afin de rechercher les bruits fœtaux. On n'entend rien.

Le 6 janvier, la malade revient. Augmentation très nette de la tumeur abdominale remontant à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Consistance fluctuante sauf quelques points complètement solides.

Etat général beaucoup moins bon. Amaigrissement, pâleur, essoufflement.

Toujours pas de règles; aucun autre signe de grossesse. On abandonne le diagnostic de fibrome pour celui de kyste malin et on décide une intervention (11 janvier).

On trouve un fibrome lobulé situé à droite et repoussant l'utérus gravide à gauche. La consistance est dure sauf 2 ou 3 points ramollis, son volume est beaucoup plus grand qu'on ne s'y attendait car il plonge en bas dans le petit bassin d'où il a repoussé l'utérus. Il est fortement adhérent à l'utérus à gauche, à plusieurs anses intestinales en haut, à la paroi abdominale postérieure et aux parois du petit bassin. On le dégage avec beaucoup de peine et on le fait basculer en haut. On remarque qu'il est relié à l'utérus par un court pédicule gros comme 2 doigts. Section au thermo. Même opération pour une deuxième tumeur sous-péritonéale du volume d'une noix. Drainage.

L'utérus gravide s'élève à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Semble environ au cinquième mois.

Examen. Le fibrome pèse 1550 grammes, tissu œdématié, ramolli, infiltré de sérosité jaunâtre.

En plusieurs points, le tissu complètement dégénéré semble par son aspect et sa friabilité en voie de nécrose. Dans l'épaisseur du fibrome, nombreuses cavités à parois déchiquetées, en voie de désagrégation et contenant une sérosité jaunâtre. Une d'elles superficielle, n'est plus limitée que par le péritoine très mince et qui semble prêt à se rompre.

Les suites furent très mauvaises. La température se maintint à 38°, 39°. Mort le 16 janvier.

OBSERVATION VIII

(Ribemont-Dessaignes, *Soc. obst. gynéc. et péd.*, 14 mars 1904)

Mme A. L..., trente-deux ans, entre le 3 juin 1903 à la Maternité. Réglée à treize ans, pas de pertes, pas de fausses-couches. Mariée depuis sept mois, enceinte pour la première fois. Dernières règles: 24-26 janvier.

Depuis le commencement de sa grossesse, vomissements bilieux, verdâtres, tous les matins. Le ventre a beaucoup grossi depuis quelques semaines.

Le 1er juin, la malade qui n'avait jamais souffert du ventre est prise brusquement de violentes douleurs abdominales qui l'obligent à s'aliter. La douleur persiste tout le jour et la nuit.

Le 2 juin, un médecin ordonne des cataplasmes et le régime lacté.

Le 3, le même médecin conseille le transport à Beaujon où elle arrive à 5 heures du soir. Examen immédiat.

Par le palper, utérus gravide de 4 mois remontant à l'ombilic et refoulé à droite par une tumeur qui occupe toute la partie gauche de l'abdomen. Cette tumeur très dure, fait saillie dans la fosse iliaque gauche où elle se dessine sous la paroi abdominale. Son extrémité supérieure atteint le fond de l'utérus. Cette tumeur accolée

à l'utérus en est cependant distincte. A son niveau, le toucher le plus léger est extrêmement douloureux et provoque des mouvements de défense de la paroi abdominale. Au niveau de l'utérus au contraire la palpation est facile.

Le toucher montre un col ramolli, des culs-de-sac libres et le doigt n'atteint pas l'extrémité inférieure de la tumeur très élevée dans l'abdomen.

Auscultation utérine négative .

Pas de pertes de sang, pas d'expulsion de débris membraneux, pas de vomissements. Etat général bon. Pouls: 115 rapide, bien frappé. T.: 37o4.

Diagnostic. — Grossesse au quatrième mois compliquée d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome à pédicule tordu. Le 4 juin, T.: 37o2. Douleurs très vives. On décide une intervention immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un fibrome pédiculé implanté sur la partie latérale gauche un peu au-dessus et en arrière de la trompe. L'utérus est repoussé à droite avec une torsion exagérée portant vers la droite sa face antérieure. Tumeur d'aspect réniforme, appuyant sur l'utérus par ses deux extrémités. Du hile de la tumeur part un court pédicule présentant un très léger mouvement de torsion mais fortement étiré. A la surface de la tumeur, nombreuses arborisations vasculaires.

On sectionne le pédicule. Hémostase au thermo, puis capitonnage au catgut de la plaie utérine.

A l'examen de la pièce le fibrome est pâle, anémié, et présente au niveau d'une de ses extrémités une zone ramollie, de couleur foncée, offrant l'aspect et la consistance d'un tissu en voie de nécrose.

La malade guérit rapidement; sa grossesse évolua normalement et elle accoucha à terme.

OBSERVATION IX

(Reymond. *Soc. anat. Paris*, 1905)

Il s'agit d'une malade porteuse d'un fibrome ayant occasionné des hémorragies. On fit une laparatomie puis une hystérectomie totale

rendue obligatoire au cours de l'intervention du fait qu'une portion du myome est sphacélée. Guérison.

La trompe est fermée au niveau de son pavillon. Celui-ci coiffant l'ovaire crée avec lui une cavité fermée de toutes parts contenant du sang et un petit noyau implanté sur une frange; celui-ci a été incomplètement examiné mais l'ensemble fait penser à une grossesse tubaire.

Sans chercher si celle-ci aurait été pour quelque chose dans les hémorragies et le développement rapide du fibrome, nous croyons bien probable que le sphacèle du myome était la cause de la fièvre et constatons une fois de plus combien il est fréquent de voir se développer ce processus de gangrène chez les sujets très anémiés.

OBSERVATION X

(Thorn, *Münch. med Woch.* 1905)

Mme M..., trente-huit ans, VIe pare, 1 enfant vivant seulement. Depuis environ douze heures, en raison d'une position transversale, on a fait la version et extrait un fœtus mort. On me consulte à ce moment pour une tumeur utérine et pour l'accroissement rapide du météorisme.

Tumeur très dure, abdomen très sensible à la pression, respiration pénible. Le pouls est bon; pas de température. Dans la paroi utérine droite, un myome du volume d'une grosse tête d'enfant. J'attribue le météorisme à une contusion de l'intestin et je porte un pronostic favorable. La femme guérit.

Quatre ans après, je suis appelé dans une maternité voisine où cette femme se trouve dans un état lamentable. Elle prétend être en travail depuis 6 jours.

Fièvre élevée, pouls rapide, ventre ballonné très sensible à la pression, pas de battements du cœur fœtal, tête à gauche et, selon toute apparence, en dehors de l'utérus. L'orifice du col est dilaté. En haut et à droite on trouve un myome. De l'utérus sort un liquide infect.

Je suppose une rupture incomplète; le myome doit avoir repoussé

vers la gauche le sommet fœtal et la paroi utérine s'est peu à peu perforée. On ne pouvait songer à une laparotomie dans des conditions aussi défavorables. J'élargis alors l'orifice du col, en partie au doigt, en partie par une incision superficielle et j'arrive ainsi sur le myome. Celui-ci rude dans sa partie inférieure est nécrosé. On fait l'énucléation assez facilement puis, par une version prudente, on extrait le fœtus et le placenta. On sent alors les intestins à travers une grande déchirure de la paroi gauche postérieure.

On désinfecte l'utérus au lysol; on lave le petit bassin et on draine à la gaze iodoformée. Contre toute attente la malade guérit et sort au bout de cinq semaines et demie.

Six mois après, elle ressent de vives douleurs au niveau du sacrum. On trouve une tumeur kystique rétro-utérine avec exsudat visible à l'extérieur. On incise le cul-de-sac postérieur, issue d'un flot de sérosité trouble, drainage, guérison. Vraisemblablement il s'était formé sous la gaze iodoformée une suppuration du Douglas qui s'était amassée dans cet espace clos. Depuis la femme se porte très bien.

OBSERVATION XI

(Thorn. *Münch. med. Woch.* 1905)

Mme X, trente-sept ans. Mariée depuis un an.

Traitée en février 1903 pour dysménorrhée et antéflexion de l'utérus qui est un peu gros.

Dernières règles le 24 juin 1903.

Dans la nuit du 25 octobre, surviennent des douleurs abdominales subites, violentes accompagnées de vomissements. Depuis trois semaines, la malade sentait dans le bas-ventre un corps dur, mobile, mais elle n'en avait pas souffert.

Le 27, ventre ballonné, sensible; au devant de la corne gauche d'un utérus gravide au quatrième mois se trouve adhérant à la paroi abdominale une tumeur de taille du poing, extrêmement sensible.

Vu les antécédents utérins banaux, on pense à une torsion d'une tumeur ovarienne gauche (kyste dermoïde ?)

Laparotomie: Légère péritonite récente; on libère des adhérences intestinales à la paroi abdominale et au fond de l'utérus. On trouve une tumeur violacée, grosse comme le poing. C'est un myome siégeant dans la paroi antérieure de l'utérus au-dessous de la corne gauche.

On l'énuclée profondément; on résèque sa surface d'implantation et, après hémostase, on suture au catgut en plusieurs étages. A droite de ce myome, vers la vessie un autre gros comme un pois; sous la corne droite, un troisième gros comme une amande: tous deux sont sous-séreux. On les énuclée.

Guérison. Accouchement à terme d'un enfant vivant. Après involution, l'utérus a sa forme normale.

Le myome était très vascularisé avec nécrose centrale.

OBSERVATION XII

(Bonamy. Thèse de Burty, Paris, 1908)

Mme H., mariée à 27 ans. 3 fausses couches et 1 grossesse.

En février 1906, suppression des règles. En juillet on entend les bruits du cœur fœtal. En outre, 2 masses volumineuses à droite et à gauche de la ligne médiane. Etat général mauvais: douleurs abdominales, vomissements, amaigrissement. Absence des bruits du cœur à l'examen à l'hôpital Gouin.

Opération le 24 juillet. Utérus 4-5e mois, flanqué de 2 tumeurs ayant chacune le volume d'une tête de fœtus, une en avant et à droite, l'autre en arrière et à gauche de l'isthme. 2 autres fibromes plus petits inclus dans les ligaments larges.

Hystérectomie supravaginale. Ablation des annexes gauches. Péritonisation. Suture en 3 plans. Pas de drainage.

Suites excellentes.

Examen de la pièce. — Le fibrome pesait 2 kilog. 550. La cavité utérine, située au centre de la tumeur, contenait un fœtus de 24 centimètres placé transversalement. Dans la paroi antérieure un corps fibreux en voie de ramollissement. En arrière 2 fibromes superposés. Le supérieur a une coloration feuille-morte et l'aspect

de la nécrose aseptique; l'inférieur plus petit, mou, de coloration grisâtre contenait plusieurs excavations remplies d'un liquide séreux. En outre quelques petits fibromes disséminés.

OBSERVATION XIII

(Martin. Thèse de Joubert, Paris 1908.)

Femme, Ve pare, en état de misère physiologique, habitant un taudis au milieu du bois de Longué (Maine-et-Loire), achève sa sixième grossesse, mal nourrie, mal vêtue, sale et ne prenant aucun soin hygiénique.

Près du terme, demande en 1902 le Docteur Tardif pour les accidents infectieux datant de 2 jours.

Ce médecin sait qu'elle a un fibrome volumineux et s'attend à des couches compliquées. T.: 40°. Pouls: 120. Ventre ballonné; urines rares, albumineuses. Utérus énorme et encore fermé, douloureux, se contractant.

Fœtus probablement mort. Pas de battements. La malade souffre depuis 8 jours probablement de grippe, mais les symptômes inquiétants ne remontent qu'à 2 jours.

L'utérus se contracte régulièrement, le col s'efface, se dilate; accouchement en quelques heures sans aggravation ni amélioration.

Fœtus mort, liquide amniotique fétide.

Le placenta entier, semble-t-il, sent mauvais.

L'utérus vidé, il reste encore une énorme masse représentant presque le volume d'un utérus à terme. La main introduite ne sent pas de deuxième enfant et revient chargée de débris fétides.

L'utérus contient donc un fibrome, infecté dans les dernières semaines de la grossesse, probablement sous l'influence de la grippe. L'infection utérine a amené la mort du fœtus et l'accouchement prématuré.

La main avait senti une grande masse faisant saillie dans le fond de la cavité utérine. L'accouchement n'a pas amélioré la

situation. Le lendemain, température, pouls, état général restent les mêmes. Il faut enlever le fibrome.

On convient en raison du milieu et de l'état de la malade, d'essayer d'opérer par les voies naturelles; on désinfecte la cavité utérine, on remonte la malade par du sérum. Les contractions n'ayant pas cessé, le fibrome s'est abaissé à travers le col largement ouvert. Il est sphacélé sur une épaisseur de 3 centimètres; le reste est lie de vin, grisâtre en d'autres points. On l'enlève par morcellement.

L'utérus vidé se contracte et revient sur lui-même.

Grandes injections de permanganate, sérum, caféine. Guérison.

OBSERVATION XIV

(Renaud. *Soc. Anat. Paris* 1908.)

Femme de 28 ans, atteinte de tumeur abdominale depuis l'âge de 22 ans. Cette tumeur, mobile, atteignait l'ombilic et ne causait aucun trouble. Cette femme devint enceinte. Alors la tumeur stationnaire depuis 6 ans, augmente brusquement et rapidement de volume, gagnant en 4 mois l'appendice xiphoïde. En même temps, douleurs abdominales. T.: 38°5, mauvais état général.

La malade fait une fausse couche et, en raison de l'état grave, Segond fit une laparotomie.

Examen des pièces. — Tumeur volumineuse bien encapsulée et libre de toute adhérence, rattachée par un pédicule au fond de l'utérus. De la grosseur d'une tête d'adulte, elle est molle, œdémateuse, de couleur blanche marbrée de rouge. En certains points, faisceaux conjonctifs dissociés, séparés par une abondante infiltration de liquide d'œdème.

En outre, en maints endroits, larges infiltrations sanguines et amas de leucocytes polynucléaires. Enfin on doit noter la présence de larges placards de tissus nécrosés.

Cette tumeur est manifestement un fibro-myome œdématié, nécrosé et enflammé. L'œdème nous rend compte de l'augmentation rapide du volume du ventre, la nécrose et l'inflammation expli-

quent la douleur et l'atteinte de l'état général. Il existait sur le fond de l'utérus un myome interstitiel n'ayant subi aucaune altération.

OBSERVATION XV

Mars 1910

(Communiquée par Messieurs Commandeur et Laroyenne)

Mme F. P..., 29 ans 1/2.

Deux accouchements à terme sans incident.

Deux fausses couches dont la dernière date de 10 ans environ.

Réglée à 17 ans, bien régulièrement jusqu'à il y a 5 ans. A cette époque, hémorragies abondantes durant 15 jours et parfois davantage. En même temps, le ventre se mit à grossir progressivement mais sans incommoder la malade qui ressentait seulement une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Actuellement enceinte de 3 mois.

Pas de douleurs vraies.

Il y a 15 jours, à la suite d'une marche prolongée, elle eut une perte rouge abondante qui dura toute la nuit.

Pas de constipation; aucun trouble des autres appareils.

A l'examen, on trouve l'utérus repoussé à droite et offrant les dimensions d'un utérus gravide au troisième mois. Col ramolli, non entr'ouvert, présentant une déchirure à droite.

A gauche de l'utérus, on sent une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus qui plonge dans la fosse iliaque mais ne descend pas dans le petit bassin. Cette tumeur paraît indépendante de l'utérus et donne une sensation de résistance, presque de fluctuation.

On songe à un kyste de l'ovaire ou à un fibrome compliquant une grossesse avec indication d'intervention par laparotomie en raison des douleurs, de la fièvre, de l'état général.

La température était à 38°, le jour de l'entrée; le lendemain, 24 mars, elle monta à 38°6 le 25 elle était à 38°8.

Le 26 mars 1910, intervention (Docteur Laroyenne).

A l'ouverture de l'abdomen on trouve un utérus gravide et sur le côté gauche, formant une véritable corne, on voit un fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant de consistance fluctuante.

On fait une myomectomie:

Enucléation de la tumeur et suture de la plaie utérine en trois plans (surget au catgut, fin, dix points séparés à la soie, enfin plans (surjet au catgut fin, dix points séparés à la soie, enfin

Le 27, la température reste à 38°8 toute la journée. Le 28, elle est à 39°2. En même temps apparaissent des accidents qui paraissent relever à la fois de la péritonite et de l'occlusion.

Le 28 au soir, on pratique dans chaque fosse iliaque une ouverture par laquelle on glisse une mèche dans la cavité péritonéale pour produire des adhérences.

Le 29, légère amélioration. T.: 38°.

Le 30 au matin, T.: 37°4. Le soir, le météorisme augmente, le pouls est à 136, T.:39°, il y a de la dyspnée.

Au niveau de l'incision iliaque droite, on attire une anse que l'on ouvre et on suture les bords à la peau; il s'échappe des gaz à plusieurs reprises par cet orifice; le météorisme diminue. Le pouls est à 148, plein et bien frappé. Il y a toujours de la dyspnée et de l'agitation. T.: 39° Le météorisme augmente de nouveau; le facies reste assez bon; pas de refroidissement des extrémités.

Le 31, aggravation de tous les symptômes et mort vers 3 heures de l'après-midi.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée est constituée par une masse fibromateuse lobulée de consistance irrégulière. En quelques points, elle est manifestement ramollie, donnant l'impression de la fluctuation. A la coupe, les lobes ont un aspect grisâtre un peu translucide; la coloration se force en certains points pour prendre un aspect rouge grisâtre allant même parfois jusqu'au rouge sombre, comme ecchymotique. Cet aspect typique se retrouve sur trois ou quatre des lobes les plus externes de la masse fibromateuse.

OBSERVATION XVI

Juin 1910

Communiquée par Monsieur le Professeur Chavannaz

Mme X, 25 ans, a toujours joui d'une bonne santé; elle n'a présenté que quelques légères atteintes de grippe.

Premières règles à 15 ans. Depuis elles sont revenues le 26 ou le 27 de chaque mois; elles duraient quatre ou cinq jours, n'étaient pas accompagnées de caillots mais elles étaient douloureuses.

En dehors de la présence des règles, le ventre n'était le siège d'aucune douleur. Pas de constipation, pas de troubles de la miction.

C'est donc dans ces conditions de santé en apparence parfaite que se trouvait la malade lorsqu'elle se maria le 19 avril 1910. Il est bon, cependant, de noter à ce sujet que les règles, contre toute attente, étaient survenues le 17; elles durèrent 2 jours.

Le jour même de son mariage, Mme X part en auto pour faire son voyage de noces. Six jours plus tard, il y a une petite perte sanguine. Au mois de mai, les règles ne se montrent pas, la patiente éprouve quelques douleurs de tête, une sensation de fatigue, de la tuméfaction des seins et quelques légères nausées. Le médecin de la famille pense logiquement à un début de grossesse.

Le 12 juin, Mme X est fatiguée, elle a dans le ventre de petites coliques, comme si ses règles allaient revenir. Elle sort cependant en auto. Elle ressent douloureusement toutes les secousses que lui imprime la voiture et a une sensation marquée de froid. Rentrée chez elle, elle urine difficilement et avec douleur. Le lendemain, 13 juin, les accidents douloureux augmentent, la miction est impossible et on doit recourir au cathétérisme; le ventre est ballonné.

La malade fait appeler son médecin ordinaire, le docteur Cayla. Notre confrère constate que la température est de 39° avec pouls à 110. Il prescrit l'application de glace sur le ventre et l'emploi des injections de morphine. Cet état persiste avec de simples variations dans la température, lorsque nous sommes appelé en consultation le 15 juin.

La malade a le facies pâle, fatigué mais non péritonéal. Le ventre est un peu ballonné. Après cathétérisme vésical, nous procédons à l'examen.

La palpation décèle dans la région hypogastrique et dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, une tuméfaction dont les contours sont difficiles à préciser. Le toucher montre un col ramolli. Le corps utérin est volumineux et il est flanqué en avant et à droite d'une masse ayant à peu près la grosseur d'un petit poing de femme. Cette masse est assez dure et à peu près confondue avec l'utérus. Elle occupe d'ailleurs les culs-de-sac antérieur et droit. Ces détails sont difficiles à préciser en raison des douleurs éprouvées par la patiente.

Les seins sont augmentés de volume, les aréoles sont pigmentées anormalement; la pression fait sourdre une goutte de liquide au niveau d'un mamelon. Il y a quelques nausées.

Le pouls est à 110. Le thermomètre marque 38°. Nous hésitons comme diagnostic entre l'hématocèle anté-latéro-utérine consécutive à un avortement tubaire, et grossesse dans un utérus fibromateux avec sphacèle, mais nos préférences sont nettement pour la première de ces opinions.

Pour des raisons diverses, la malade n'entre dans une maison de santé que six jours plus tard, le 21 juin.

Au moment de l'entrée, l'état local persiste; cependant, le ventre est moins douloureux et la miction spontanée s'est reproduite.

Le 22 juin, nous pratiquons la laparotomie. Le ventre ouvert, nous voyons aussitôt que l'utérus, d'apparence gravide, porte sur sa face antérieure, une tumeur de forme arrondie, de coloration foncée, tout à fait sessile, ayant les caractères d'un fibrome. Ce fibrome est réuni par des fausses membranes fibrineuses avec le péritoine pariétal et l'intestin, au niveau de sa portion inférieure et droite.

Nous faisons une longue incision sur la tumeur ouvrant sa capsule et nous pratiquons facilement la myomectomie. Cependant, si la cavité utérine n'est pas ouverte, le fond même de la plaie ne semble guère être constitué que par la muqueuse utérine. La réparation paraît possible et nous allons commencer la suture utérine, mais auparavant nous faisons pratiquer par un assistant la section

du fibrome extirpé. La tumeur se montre à la coupe avec la couleur violacée et noirâtre caractéristique du sphacèle. Dans ces conditions nous n'osons pas persister dans le traitement conservateur et nous pratiquons l'hystérectomie subtotale avec ablation des annexes droites; l'ovaire gauche est conservé.

Le moignon du col après thermo-cautérisation est drainé par le vagin. La péritonisation est pratiquée avec soin. Le ventre est refermé en laissant un drain de caoutchouc à l'angle inférieur de la plaie.

L'opération est bien supportée, mais est suivie d'une ascension thermique à 38°2 qui se maintient durant 36 heures. Le drain est enlevé au bout de 48 heures. La guérison per primam est obtenue.

La pièce extirpée montre un utérus volumineux, ne portant d'autre fibrome que celui qui a nécessité l'opération. Cet utérus contient un petit fœtus d'environ deux centimètres de longueur.

L'examen microscopique pratiqué par notre préparateur, M. Nadal, a fourni les détails suivants: La tumeur myomateuse est gravement atteinte dans sa totalité. Les altérations microscopiques sont plus profondes encore que ne le faisait penser l'examen macroscopique. Des zones étendues sont entièrement mortifiées. Ailleurs il n'y a plus de noyaux salins; la plupart présentent des atteintes pycnotiques extrêmement prononcées, quelques-uns ne réagissent plus aux matières colorantes.

Le corps protoplasmique des fibres musculaires a subi, presque en tous ses points, une dégénérescence granulo-graisseuse et a, de ce fait, un aspect trouble caractéristique.

La paroi utérine est saine; elle présente seulement une hypertrophie très manifeste de ses éléments contractiles. Le stroma fibreux est extrêmement réduit.

Quant aux caduques, elles offrent des caractères d'ensemble à peu près normaux mais cependant elles paraissent assez infiltrées d'éléments embryonnaires.

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

Nous diviserons cette étude étiologique et pathogénique en 2 parties :

Dans un premier paragraphe, nous examinerons sous quelles influences peut se produire la nécrose d'un fibrome appartenant à un utérus gravide, nous rechercherons les causes capables de l'expliquer et tâcherons de définir le rôle que joue la grossesse elle-même dans l'apparition de cette complication.

Dans une deuxième partie, nous étudierons les causes de l'infection secondaire de ces fibromes mortifiés et établirons la part qui revient à la grossesse dans l'étiologie de cet envahissement microbien.

Cette division est toute factice d'ailleurs, les éléments infectieux saprogènes étant susceptibles d'entraîner dans les tissus qu'ils envahissent des phénomènes de thrombose et d'embolie, facteurs d'ischémie et de nécrose. Nous croyons cependant devoir la maintenir, une étude d'ensemble nous paraissant impraticable pour l'examen d'une question aussi complexe.

I

Pour expliquer la mortification des fibromes en général, on a longtemps invoqué les mauvaises conditions de nutrition où se trouvent ces tumeurs: « Enveloppées dans une coque fibreuse, séparées du reste du tissu utérin par de larges travées conjonctives, leurs connexions vasculaires avec la circulation utérine seraient rares ». On a même été jusqu'à dire que les fibromes devaient, dans certains cas, se nourrir exclusivement par osmose.

M. Bégouin (1909 et 1910) et son élève Gambier dans sa thèse 1909, en isolant par la dissection les vaisseaux nourriciers de fibromes nécrosés, ont trouvé le plus souvent que chaque tumeur était alimentée par une artère unique à type terminal. Ils furent ainsi amenés à conclure que la simple oblitération de cette artère nourricière suffit à produire la mortification du fibrome.

D'un autre côté, en février 1910, MM. Chavannaz et Pierre Nadal, recherchant à leur tour la pathogénie du sphacèle au moyen d'injections colorantes dans les vaisseaux du fibrome, sont arrivés à des résultats tout opposés. Ils ont toujours trouvé plusieurs branches artérielles pour une même tumeur; en outre de nombreuses anastomoses liaient la circulation utérine à celle du fibrome; des collatérales nombreuses se distribuaient dans tous les points de la tumeur.

Il semble donc bien que la question ne puisse être définitivement jugée, que le mécanisme du sphacèle par l'oblitération d'une artère unique à caractère terminal admis par M. Bégouin soit plutôt l'exception.

Il est d'ailleurs d'observation courante, au cours d'énucléation de myomes, de voir saigner plusieurs pôles vasculaires en différents points de la capsule, témoignant ainsi de la pluralité des vaisseaux afférents.

Nous pouvons donc admettre qu'en dehors de l'état de grossesse, le fibrome est assez richement alimenté pour que l'oblitération d'une ou plusieurs artères nourricières ne suffise point à y entraîner la nécrose. En est-il de même pendant la grossesse?

Cornil a longuement étudié les altérations des fibromes gravidiques, altérations qui nous paraissent de nature à éclaircir la pathogénie du sphacèle. Il y a constaté à côté des cavités anfractueuses remplies de cellules dégénérées, des îlots mortifiés entourés d'une zone de globules blancs et de corps granulo-graisseux qui tracent en quelque sorte autour d'eux un sillon d'élimination. Il constata aussi que, par places, le tissu musculaire était en suractivité nutritive, et en conclut que le plus grand nombre des fibres musculaires du fibrome subit pendant la grossesse la même hypertrophie que la paroi utérine. Les troubles nutritifs, l'ischémie deviennent dès lors plus faciles à expliquer: Les faisceaux musculaires atteints de cette hypertrophie, de cette activité nutritive, voisine de l'inflammation, compriment les faisceaux interposés au point d'y arrêter la circulation sanguine et l'apport d'éléments nutritifs. Ces faisceaux s'atrophient et leurs cellules se mortifient (Guéry).

Ce n'est pas seulement en modifiant ses éléments histologiques directement que la grossesse peut influer sur la nutrition du fibrome. Les contractions utérines ne sont pas sans effet sur lui. Elles tendent à lui imprimer dans sa loge des déplacements, des mouvements de rotation, qui raréfient le tissu cellulaire lâche dont s'entoure sa capsule. Les tractus vasculaires qui unissent le tissu utérin à la capsule du fibrome sont déchirés en totalité ou en partie, et dès lors, le fibrome, isolé dans sa gangue, ne participe que très faiblement aux échanges nutritifs des tissus ambiants (Vautrin).

Un fibrome peut aussi, en raison de sa situation, se trouver comprimé soit par l'utérus gravide, soit par les organes voisins et contracter avec eux des adhérences qui le fixent

dans sa position (Obs. V), Un fibrome à développement pelvien peut se trouver enclavé dans le petit bassin et, l'utérus continuant à se développer, y subir des troubles de compression fort graves (Obs. VII). De même les fibromes du col, comme dans le cas de Thorn (Obs. X) où la mort du fœtus, la rupture utérine et le sphacèle du fibrome furent les conséquences de cette dystocie.

Dans les fibromes pédiculés, la mortification peut relever d'une autre cause; la torsion du pédicule. Cette torsion peut être mise sur le compte d'une chute (Cappie Obs. I), ou simplement due à un mouvement de torsion de l'utérus gêné dans son développement normal (Obs. V). Parfois même le simple tiraillement, l'élongation du pédicule suffit à y arrêter la circulation (Obs. VIII).

Krukenberg explique d'une façon assez spéciale les troubles trophiques et inflammatoires survenus au quatrième mois de la grossesse dans le myome qu'il observa: Sous l'influence d'un effort de défécation, des déchirures vasculaires se seraient produites au niveau du fibrome (situé dans l'espace de Douglas) et un hématome se serait collecté entre la capsule et le myome lui-même. Cet épanchement aurait déterminé par compression la nécrose de la tumeur qui s'infecta ultérieurement et finit par s'ouvrir dans la cavité péritonéale.

De l'ensemble de cette étude, il ressort nettement que les tumeurs fibreuses se trouvent placées dans de mauvaises conditions de nutrition du fait de la grossesse et que celle-ci par l'hypertrophie musculaire du fibrome, par les contractions utérines, l'incarcération de la tumeur ou la torsion de son pédicule favorise puissamment l'apparition du sphacèle.

II

Ainsi mortifié le fibrome devient un point de moindre résistance et semble-t-il, une proie facile pour les germes sep-

tiques. Nous croyons cependant (sans pouvoir rien affirmer sur ce point en l'absence d'examens bactériologiques) que, dans quelques cas, la nécrose peut demeurer aseptique et continuer à évoluer sourdement sans que l'infection intervienne. Ce sont ces cas sans doute qui restent apyrétiques ou ne sont marqués que par de légères élévations de température Obs. I, VII, VIII). Ce sont ces cas que Gambier a étudiés dans sa thèse sous le nom de nécrobiose.

Le plus souvent les agents infectieux envahissent les fibromes nécrosés. D'où viennent ces agents et quels sont-ils ?

a) L'hypothèse d'une infection générale est peu probable. cependant, dans les cas du Dr Martin (obs. XIII) la malade était atteinte de grippe depuis quelques jours quand se produisit le sphacèle de son fibrome et, en l'absence d'autre cause, cet auteur admit l'infection par le bacille de Pfeiffer.

b) Dans le canal utéro-vaginal, en revanche, nous trouvons des microbes en abondance surtout des anaérobies. Ces microbes restent en état de virulence atténuée jusqu'à ce que le terrain devienne favorable à leur développement. Pendant la grossesse, cependant, l'utérus, hermétiquement clos, oppose une barrière infranchissable à l'assaut de ces microorganismes mais il n'en est pas de même du vagin et du col et nous pouvons admettre qu'à la faveur d'altérations, d'ulcérations de la muqueuse cervicale, l'ennemi peut se glisser jusqu'aux lymphatiques et aux vaisseaux sanguins pour, de là, envahir le fibrome.

c) Les organes voisins sont, eux aussi, susceptibles de fournir l'élément infectieux. Dans la vessie, dans l'intestin, le rectum surtout pullulent les microbes de toute sorte, colibacilles. anaérobies, etc...

Dans ces réservoirs que la négligence habituelle des femmes jointe à la compression exercée par l'utérus gravide maintient en distension presque permanente, ces microbes vont se dévolopper. acquérir de la virulence et si le fibrome est en contact avec la cavité qu'ils habitent, ils peuvent

par la voie circulatoire ou simplement transpariétale, le pénétrer et l'infecter. Wreden a montré la possibilité de cette infection d'origine vésicale ou rectale. Guyotat a même basé sur ces faits une théorie pathogénique de la gangrène des fibromes utérins. Reymond et Depla ont réussi à isoler le colibacille dans des myomes suppurés en contact avec le rectum.

La plupart de nos observations confirment d'ailleurs cette théorie: Le plus souvent on trouve des adhérences très étroites entre l'intestin et le fibrome sphacélé.

Dans le cas de Krukenberg, la partie gangrénée du myome, située dans le cul-de-sac de Douglas, voisinait avec le rectum.

Dans le cas de Braun, l'intestin était intimement accolé au myome qui communiquait même avec la cavité intestinale.

Dans les cas de Treube, les adhérences de la tumeur avec l'intestin et le côlon étaient si fortes que l'on déchira la paroi utérine en voulant les libérer et que, plus tard, des fistules utéro-intestinales persistèrent pendant quelque temps.

Enfin les annexes malades peuvent aussi fournir l'élément infectieux. Une salpingite, un pyo-salpinx peuvent par le mécanisme étudié plus haut, infester un fibrome gravidique. Un pareil processus nous semble d'ailleurs très rare.

d) En 1900, Claisse, se fondant sur l'examen histologique d'un grand nombre de tumeurs et sur la présence constatée par lui et d'autres auteurs de bactéries dans les fibromes normaux a édifié une théorie de l'origine inflammatoire des myomes utérins. Pour cet auteur, les fibromes sont constamment en état de microbisme latent. Que, sous une influence quelconque, le tissu néoformé devienne moins résistant, que le terrain devienne plus favorable, le développement des germes se fera plus librement, leur virulence s'exaltera, la suppuration se formera.

Ce n'est là qu'une hypothèse contre laquelle Guéry fait observer avec raison: « Pourquoi, sur tant de tumeurs fi-

breuses placées dans les mêmes conditions, si peu s'infectent-elles? Pourquoi des fibromes dont la nutrition est considérablement modifiée peuvent-ils subir l'apoplexie myomateuse et la nécrose sans suppurer à moins qu'un agent pathogène vienne se surajouter? »

Cependant, malgré la portée de cet argument, nous croyons que, dans un grand nombre de cas, il est nécessaire de recourir à cette théorie à l'appui de laquelle nous ne pouvons donner malheureusement aucune preuve.

Nous aurions voulu apporter dans ce travail quelques notions susceptibles d'élucider la pathogénie microbienne de ces infections, mais les documents nous ont fait défaut. Peut-être aussi eut-il été intéressant de rechercher au moyen de cultures la présence de bactéries dans le sang des malades observés: Nous regrettons de n'avoir pu le faire.

Pour conclure cette étude nous dirons donc que, s'il nous est possible d'expliquer l'apparition de la nécrose simple, nous en sommes réduit à des hypothèses en ce qui concerne l'infection des tumeurs mortifiées et nous ne pouvons rien affirmer ni sur le mode de pénétration des agents infectieux ni sur la nature même de ces agents.

CHAPITRE III

Symptome et Diagnostic

La lecture des observations précédentes nous a montré à quelles funestes erreurs d'interprétation ont pu donner lieu les symptômes observés dans les cas de sphacèle des fibromes gravidiques et combien le diagnostic d'une pareille affection est difficile:

Cappie, croyant à une hémorragie interne, pratiquait un avortement dont les conséquences furent désastreuses.

Krukenberg, après avoir hésité longtemps sur la situation de l'utérus qu'il plaçait tantôt à droite, tantôt à gauche de la ligne médiane, se contentait finalement du diagnostic de suppuration, et son intervention, trop timide, loin de l'enrayer hâtait le dénouement fatal.

Braun, Bouilly, Ribemont-Dessaignes pensaient à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Dans le cas de Grosse enfin, les difficultés d'examen étaient telles que l'on écarta non seulement l'hypothèse de fibrome mais encore celle de grossesse.

Cette question du diagnostic est donc capitale, une intervention rapide et énergique pouvant seule sauver la malade. Il nous faut donc chercher des signes cliniques capables de

nous mettre sur la voie du diagnostic et de nous y maintenir.

Lorsqu'un fibrome subit la mortification, en général il augmente de volume. La circulation en effet, n'y est pas brusquement supprimée; il y a d'abord gêne puis arrêt de la circulation de retour avant que le cours du sang artériel ne soit interrompu à son tour. De cet engorgement veineux résulte l'accroissement rapide de la tumeur que la grossesse amplifie encore dans une certaine mesure. En même temps, la consistance dure et élastique du myome devient moins ferme, la tumeur se ramollit, donne en certains points l'impression de la fluctuation. Puis les symptômes péritonéaux apparaissent.

La douleur ne fait jamais défaut. Généralement localisée au niveau du fibrome, exaspérée par la pression si légère soit-elle, rendant parfois tout mouvement impossible, elle ne cède pas toujours au repos. C'est elle qui avertit la malade du danger que court sa grossesse, c'est pour elle que l'on va consulter le médecin.

La fièvre manque rarement mais elle est parfois très discrète. Intense, à type irrégulier, précédée de violents frissons dans le cas de Krukenberg elle ne fut marquée dans celui de Ribemont-Dessaignes que par de légères élévations de 1°, 1°5... Ce sont là les deux types extrêmes, le premier correspondant au fibrome gravement infecté; le second à une nécrose probablement aseptique. En général, cette hyperthermie quelle que soit son intensité, est remarquable par sa persistance; elle se maintient pendant des semaines montant peu à peu, cependant que l'état général s'aggrave.

Les douleurs deviennent insupportables, le plus petit frôlement au niveau de la tumeur est intolérable, les vomissements, rares au début, augmentant de fréquence, le ventre est ballonné, la malade n'a plus de repos et dépérit à vue d'œil. La rétention d'urine, la constipation ne sont pas rares.

Lorsque la maladie est arrivée à ce stade, l'avortement est presque inévitable. L'irritation locale produite par le fibrome

sphacélé excite les fibres utérines et l'expulsion du fœtus en est la conséquence fatale. L'utérus, privé de la barrière de son épithélium est alors livré sans défense à l'infection, heureux encore quand la rétention placentaire et la putréfaction du délivre ne viennent pas aggraver la situation. Le péritoine lui-même, s'il a résisté jusqu'alors, cède le plus souvent sous l'effort des contractions utérines: C'est l'irruption des germes infectieux dans la cavité péritonéale, c'est la septicémie dont rien ne pourra arrêter la marche foudroyante.

Tel est, brièvement esquissé, le tableau symptomatique du sphacèle des fibromes gravidiques. Y a-t-il là des éléments suffisants pour le diagnostic de cette redoutable complication?

Et d'abord, les commémoratifs doivent être étudiés avec le plus grand soin. En présence d'accidents douloureux au cours d'une grossesse, le médecin devra rechercher les antécédents fibromateux. Existait-il une tumeur abdominale avant la gravidité, y a-t-il eu des métrorragies, comment étaient les règles, y a-t-il eu des grossesses antérieures et comment se sont-elles passées? Autant de questions qu'il est nécessaire d'approfondir.

S'enquérir ensuite de la date présumée de la grossesse, en rechercher les signes, ramollissement du col, battements du cœur fœtal, gonflement des seins, sécrétion lactée.... Comparer le développement de l'abdomen avec son développement normal à cette époque de la gravidité.

Le palper abdominal et le toucher vaginal pratiqués méthodiquement apporteront toujours des éléments précieux pour le diagnostic. Cet examen devra parfois être pratiqué sous chloroforme en raison de l'hyperesthésie. Il faudra tenir grand compte de cette dernière car nous la retrouvons très nette dans toutes nos observations (sauf celle de Krukenberg où le fibrome s'était développé en arrière de l'utérus).

On cherchera à fixer les limites de l'utérus gravide. L'auscultation attentive si la grossesse est assez avancée, la pal-

pation révélant une différence de consistance, la percussion qui montre le plus souvent des nuances dans la sonorité; la localisation de la douleur enfin et la zone d'hyperesthésie permettront cette délimitation.

La tumeur étant isolée, étudier sa consistance.

Est-elle inégale ou uniforme, ferme ou molle, y a-t-il de la fluctuation ? Est-elle lisse ou bosselée ?

Est-elle indépendante de l'utérus ou fait-elle bloc avec lui? Il est important de préciser chacun de ces points.

La coloration des téguments pourra également éclairer le diagnostic. M. Chavannaz qui a attiré l'attention sur ce point a toujours observé dans les cas de fibromes sphacélés une teinte jaunâtre peu fréquente chez les fibromateuses et se rapprochant de celle qu'on rencontre chez les cancéreux ou encore chez certains infectés. Cet aspect spécial du revêtement cutané joint à la douleur localisée au niveau de la tumeur et aux poussées fébriles constitue pour M. Chavannaz une véritable triade symptomatique, en l'absence, bien entendu, de tout écoulement sanieux ou purulent.

Nous voyons maintenant quelles sont les affections susceptibles de nous égarer et s'il nous est possible de les éliminer.

Si l'on ignore la présence du fibrome et si l'on a fait le diagnostic de grossesse, l'accroissement rapide du volume du ventre peut faire songer à un hydramnios. La gravité des symptômes et les renseignements fournis par l'examen écarteront promptement cette hypothèse.

La grossesse tubaire nous retiendra plus longtemps. La rupture de la trompe peut, en pareil cas, causer des troubles tout à fait analogues à ceux des fibromes gravidiques sphacélés: Douleur, symptômes péritonéaux, tumeur faisant corps avec l'utérus. Nous avons vu que, dans le cas observé par M. Chavannaz, le véritable diagnostic fut mis en balance avec celui d'hématocèle antélatéro-utérine et que ce fut ce dernier qui l'emporta. Cependant la température monta jusqu'à 39° et, comme M. Chavannaz, nous croyons qu'en l'oc-

currence c'était là le seul signe capable d'éclairer le diagnostic, la résorption d'un épanchement sanguin entraînant rarement une élévation de température aussi forte.

Bien plus souvent, les troubles occasionnés par la gangrène du fibrome seront mis sur le compte d'un kyste de l'ovaire (Braun, Thorn, Bouilly...). La torsion du pédicule ou la suppuration du kyste entraînant en effet dans ce cas les mêmes symptômes péritonéaux que nous avons constatés, vomissements, douleur ; ballonnement du ventre, température. Le ramollissement du fibrome donnant l'impression de fluctuation vient encore à l'appui de ce diagnostic qui ne saurait être écarté facilement. Le palper combiné au toucher, en permettant de constater l'indépendance de la tumeur vis-à-vis de l'utérus apporte un argument en faveur de la tumeur ovarienne. Le durcissement de la tumeur pendant les contractions utérines plaide au contraire en faveur du fibrome (Lepage et Mouchette). D'ailleurs, quel que soit le diagnostic préféré, l'intervention s'impose et l'ouverture de la cavité abdominale, en fixant le diagnostic, dictera au chirurgien la conduite à tenir.

Les affections cancéreuses de l'appareil génital pourront être éliminées le plus souvent en raison de la marche rapide de la maladie, de l'âge de la patiente, de l'absence de ganglions et du retentissement en général moins grave sur l'état général.

Parmi les autres affections dont la brusquerie des symptômes pourrait éveiller l'idée, nous citerons l'appendicite que la recherche du point de Mac Burney, les symptômes intestinaux et l'examen de l'appareil génital permettront d'écarter; les coliques hépatiques et néphrétiques dont les localisations douloureuses sont assez spéciales pour qu'un examen attentif suffise à les éliminer; l'étranglement interne enfin qui s'annonce également par des symptômes péritonéaux alarmants mais où le météorisme, le hoquet et les troubles intestinaux donneront la clef du diagnostic.

En résumé les principaux signes qui permettront de sup-

poser le sphacèle dans un fibrome gravidique sont l'accroissement rapide et le ramollissement de la tumeur, la douleur localisée à son niveau, l'atteinte assez sérieuse de l'état général caractérisée par la coloration jaunâtre des téguments et les poussées fébriles souvent très discrètes d'ailleurs. Lorsque le médecin est averti de la présence de la tumeur fibreuse antérieurement à la grossesse, sa tâche se trouve encore facilitée. Dans le cas contraire, en serrant de près le passé de la malade et en la soumettant à un examen méthodique et minutieux, nous pensons qu'on peut arriver au diagnostic.

Pronostic

Le pronostic est toujours grave.

Le diagnostic n'a-t-il pas été fait, et le médecin, partisan d'une douce expectation, laisse-t-il évoluer la grossesse dont les symptômes actuels ne lui paraissent pas devoir troubler le cours?

Les risques courus par la malade sont grands car, outre l'infection péritonéale qui est à craindre, l'inévitable avortement, offrant aux germes septiques la plaie saignante de la muqueuse utérine, vient ouvrir les portes à la septicémie et hâter le dénouement fatal. En outre, épuisant la malade par les hémorragies qu'il entraîne, il lie les mains au chirurgien et enlève à la femme sa seule chance de salut.

Si, au contraire, le diagnostic a été fait à temps, si le sphacèle n'est pas trop étendu, l'état général peu atteint, le médecin est en droit d'attendre la guérison d'une intervention rapide et énergique. Cette intervention est cependant toujours délicate en raison des dangers d'infection péritonéale, d'hémorragies et aussi à cause des adhérences souvent très fortes que la tumeur a contractées avec les organes voisins.

Traitement

Nous ne trouvons pas d'opinions très précises au sujet des fibromes gravidiques sphacélés, la plupart des auteurs n'envisageant point la possibilité de cette complication. En ce qui concerne les autres troubles causés par ces fibromes deux camps sont en présence, préconisant deux méthodes de traitement tout à fait opposées: Ce sont les interventionnistes et les abstentionnistes.

Les accoucheurs et la plupart des chirurgiens sont pour l'expectation: Pinard, Lepage, Brindeau, Routier, Quénu, Segond, Delbet se rangent à cette opinion. Warnier est du même avis, estimant que les risques que court la mère ne sont pas suffisants pour mettre le bistouri à la main et même s'il y a doute, ce doute doit profiter à l'enfant.

Cependant, presque tous ces auteurs pensent qu'en présence de symptômes alarmants, l'intervention s'impose. C'est ainsi que, pour Pozzi, l'intervention devient légitime pendant la grossesse lorsque surviennent des accidents graves pouvant compromettre la vie du malade.

Parmi les interventionnistes, il nous faut citer Bœcker, dont nous avons déjà parlé, Schrœder et son école, Kaltenbach. Faure. Labadie-Lagrave, Schwartz, Legueu.. Richelet dont l'opinion semble résumer celle de cette école déclare qu'il y a lieu de sacrifier une grossesse problématique à une intervention sûre et que, dans certains cas, le chirurgien doit agir préventivement s'il veut sauver la femme. Bœcker est très affirmatif au sujet de l'intervention dans les complications qui nous occupent. La nécrose est, pour lui, la complication la plus terrible. « Elle évolue sourdement jusqu'à la gangrène et se révèle alors par des phénomènes infectieux de haute gravité. On rejettera toute expectation lorsqu'on aura des motifs sérieux de la soupçonner.»

D'autres auteurs, moins exclusifs, ont essayé de préciser les indications opératoires.

Frank en arrive à conclure que les hémorragies, l'accroissement rapide du fibrome et surtout la nécrose sont de nature à légitimer l'intervention « Nous pouvons poser comme règle, dit-il, que les myomes seront l'objet d'opérations seulement si nous pouvons présumer qu'ils causeront des troubles de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches.

Il est clair qu'on entreprendra mainte opération pour prévenir ces troubles. Thorin, Mackenrodt, Seeligmak semblent tout disposés à intervenir dans ces conditions et l'ont fait maintes fois.

Nous voyons donc que si les avis sont partagés en ce qui concerne les fibromes bénins ou n'entraînant pas de graves désordres, en revanche, dès que le sphacèle entre en jeu, il n'y a plus de division et les plus farouches abstentionnistes votent eux-mêmes pour le traitement chirurgical. En quoi va-t-il consister?

Ici, nous retombons dans les divergences de vues. Pour certains, l'opération de choix est la myomectomie que d'autres repoussent, préférant la cure radicale; nous trouvons des partisans de la voie vaginale alors que la plupart n'admettent que la laparotomie.

Il est cependant une opération, autrefois vantée, que tous repoussent avec la même énergie: C'est l'opération palliative, avortement ou accouchement prématuré. Nous n'insisterons pas sur cette méthode désastreuse dont les risques sont trop grands, le bénéfice trop douteux pour qu'on puisse y songer un seul instant. Les résultats obtenus par Cappie et Braun (qui avaient pour excuse d'ignorer l'existence du fibrome) montrent suffisamment les dangers d'une pareille intervention.

Pour les opérations curatives, deux voies d'accès s'offrent au chirurgien: la voie abdominale et la voie vaginale,

Nous envisagerons d'abord cette dernière qui, assez dé-

laissée jusqu'à ces dernières années, offre pourtant de réels avantages et est nettement indiquée dans un certain nombre de cas que nous allons essayer de préciser.

Pour les myomes pédiculés du col, faisant saillie dans la cavité vaginale, la question ne se pose même pas; il faut intervenir par les voies naturelles et pratiquer l'énucléation de ce myome, opération facile, peu grave, et qui offre le grand avantage de permettre, dans les cas heureux, la continuation de la grossesse. L'observation de Thorn (Obs. X), plaide nettement en faveur de cette méthode. Un myome du col, facilement accessible, fut énucléé, ce qui rendit possible l'accouchement retardé par cet obstacle et sauva la mère, l'enfant ayant déjà succombé.

Il est un autre cas où la voie vaginale doit être préférée à la laparotomie: lorsque le sphacèle du fibrome a causé l'avortement et que le chirurgien doit intervenir après l'expulsion du fœtus. Mais alors la myomectomie n'est plus suffisante pour protéger la mère contre l'infection. L'hystérectomie est alors nécessaire.

Cette opération, quoique favorisée par l'élasticité et la souplesse des tissus ramollis par la grossesse, devra cependant être menée avec précaution, les parois utérines amincies se déchirant avec la plus grande facilité. L'emploi des fortes pinces de J.-L. Faure, donnant une large prise au chirurgien permettent d'éviter ce danger. Nous avons vu que Martin, appelé pour un fibrome sphacélé, aussitôt après un accouchement, dut se contenter d'enlever par morcellement la tumeur putréfiée et qu'il obtint la guérison. C'est là un cas particulièrement heureux et nous ne croyons pas qu'il soit prudent d'imiter cette conduite que l'auteur avoue d'ailleurs n'avoir suivie qu'à regret.

Enfin, même dans le cas de fibrome interstitiel dans un utérus gravide, on peut encore songer à la voie vaginale; c'est naturellement à l'hystérectomie que l'on aura recours en pareille circonstance mais il faut, pour mener à bien cette opération, que la grossesse soit peu avancée, le fibro-

me pas trop volumineux, les difficultés d'abaissement de l'utérus par le vagin augmentant avec le volume de cet organe. La rupture utérine est toujours à craindre, l'hémorragie par décollement du placenta (surtout si le fibrome est situé sur le segment inférieur) est également possible, mais ces dangers ne sont pas suffisants pour déconseiller une méthode qui offre, par ailleurs, des avantages trop réels. Nous pensons donc qu'en présence d'un fibrome gravidique sphacélé, on devra toujours penser à une opération vaginale lorsque la grossesse n'a pas dépassé le cinquième mois et quand la tumeur n'est pas trop volumineuse.

En tout autre cas, la voie abdominale, large et claire, permettant au chirurgien un examen précis qui est en quelque sorte la révision du diagnostic, doit être préférée. Laissant toute liberté pour les détails de l'intervention, elle fournira à l'opérateur tous les éléments nécessaires au choix de cette dernière. Myomectomie? Hystérectomie? Quelle sera la méthode d'élection?

La myomectomie offre l'avantage de permettre la continuation de la grossesse tout en supprimant le fibrome: Elle devrait donc être l'opération idéale. Mais c'est aussi une opération difficile et dangereuse au cours de la grossesse, en particulier lorsqu'il s'agit de fibromes interstitiels. Elle laisse en effet, la paroi utérine plus mince, moins résistante, et de cet affaiblissement peuvent résulter des complications graves telles que; avortement, hémorragie dans la loge, accouchement prématuré, rupture utérine. L'hémorragie est également à craindre, dans les cas de fibrome à large pédicule en rapport de voisinage avec l'insertion placentaire. Enfin quand la tumeur est infectée, il n'est guère prudent de conserver un utérus dont les rapports vasculaires sont trop intimes avec le myome pour que l'infection ne l'ait pas atteint quelque peu. Nous avons vu que M. Chavannaz, après aoir pratiqué avec succès une myomectomie abdominale, se décida à sacrifier l'utérus, la tumeur ayant été reconnue sphacélée. Au contraire Bouilly (Obs. VII) et Laroyenne (Obs. XV)

ayant fait l'opération conservatrice pour des fibromes infectés virent leurs malades succomber peu de jours après.

Nous croyons donc que la myomectomie est rarement indiquée pour les fibromes gravidiques sphacélés. Cependant on peut y songer lorsque le fibrome est pourvu d'un mince pédicule, lorsqu'il est unique et surtout indemne de tout processus microbien. Les succès de Ribemont-Dessaignes (Obs. VIII) et de Thorn (Obs. XI) dans des cas où ces conditions se trouvaient réunies sont assez encourageants sur ce point.

En tout autre cas, il vaut mieux suivre le conseil de Bœcker « la laparotomie étant chose grave, préférez, lorsque vous êtes acculé, l'hystérectomie qui supprime toute crainte de récidive ». Ici encore nous avons le choix entre deux méthodes, ablation totale ou subtotale. Sacrifierons-nous l'utérus tout entier ou laisserons-nous le col?

C'est à l'opérateur qu'il appartient de choisir la méthode qu'il croit offrir le plus d'avantages ou le minimum de dangers. Sa conduite variera selon le degré du sphacèle et le plus ou moins d'intimité des rapports entre la tumeur et l'utérus.

Si le dôme vaginal peut être laissé en place, on doit préférer cette façon de faire qui présente l'avantage de simplifier l'opération, de réduire au minimum les chances d'infection par le vagin et qui pour l'avenir laisse à la femme un vagin normal. L'existence de la grossesse n'augmente en rien la difficulté de cette opération; Schrœder disait même que l'élasticité du col et des ligaments la rendaient plus aisée pendant la grossesse qu'en dehors de cette époque. Kaltenbach fut le premier (1880) à pratiquer cette méthode d'amputation supravaginale » qu'il estimait indiquée dans tous les accidents menaçant la vie de la mère

Mais le dôme vaginal avec une petite portion du col ne peut pas toujours être laissé en place impunément, lorsque par exemple, cette partie du col est infectée ou seulement suspecte. Dans ce cas, l'hytérectomie totale s'impose, la thermocautérisation n'étant pas une garantie suffisante contre un

moignon utérin soupçonné d'infection. Cette opération n'est pas plus dangereuse que la précédente; la mortalité y est sensiblement la même mais ici encore le chirurgien devra redoubler de précautions s'il veut obtenir de bons résultats. La protection du péritoine par des compresses sera pratiquée avec plus de soin que jamais, la péritonisation sera faite minutieusement, le draînage sera prudent.

Faite dans de telles conditions l'hystérectomie totale ou partielle amènera le plus souvent la guérison. Nos observations montrent d'ailleurs que, dans tous les cas où elle fut tentée pour des fibromes gravidiques plus ou moins sphacélés, le succès fut complet. Les rapports de Zweifel, Reymond, Bonamy, Demons, et Chavannaz en font foi.

CONCLUSIONS

1° Le sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse est une complication rare, mais peut-être moins qu'on ne le croit, les cas de sphacèle assez fréquemment constatés pendant les suites de couches ayant fort bien pu débuter au cours de la gravidité et avoir été la cause de l'avortement.

2° Les causes du sphacèle sont les dégénérescences du fibrome et les altérations qu'il subit, du fait de la grossesse (dégénérescence œdémateuse, ramollissement, hypertrophie musculaire) et aussi les troubles de nutrition, facteurs d'ischémie et de nécrose.

3° Lorsque l'infection survient, elle est due, soit à un traumatisme septique direct, soit, plus souvent, à un processus infectieux parti des cavités vaginale, vésicale ou intestinale et gagnant le fibrome par la voie lymphatique, sanguine ou même transpariétale. La théorie de Claisse, admettant le microbisme latent des tumeurs fibreuses, est une hypothèse bien séduisante mais qui ne repose sur aucune base scientifique. Des études bactériologiques approfondies seraient nécessaires pour solutionner cette importante question de la pathogénie du sphacèle.

4° Le sphacèle des fibromes gravidiques se manifeste généralement par une augmentation de volume rapide de la tumeur, son ramollissement, la douleur spontanée et provo-

quée à son niveau, la fièvre parfois très légère et les menaces d'avortement.

5° Le pronostic est grave.

Il est grave par les complications qui peuvent se produire avant toute intervention chirurgicale (avortement, péritonite, septicémie).

Il l'est aussi au point de vue des interventions car on doit opérer parfois sur des malades en état de septicémie et enlever des tumeurs souvent compliquées d'adhérences.

6° Le traitement préventif sera de redoubler de précautions antiseptiques dans tous les soins donnés aux malades portant un fibrome; et, d'autre part, d'enlever les tumeurs fibreuses le plus tôt possible dès que l'on peut supposer la nécrose.

La myomectomie devra être réservée aux fibromes pédiculés et non infectés.

La voie vaginale est indiquée pour les fibromes du col ou lorsque le chirurgien intervient après expulsion du fœtus, ou encore quand le fibrome est petit et la grossesse peu avancée. Une fois l'infection déclarée, la myomectomie est dangereuse, l'hystérectomie totale ou subtotale suivant les cas est seule indiquée.

Vu : bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,
G. CHAVANNAZ

Vu : le Doyen,
A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 10 Décembre 1910.
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Doyen,
A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BÉGOUIN. — *Journ. de Médec. Bordeaux,* 11 nov. 1908. Fibromes sphacélés.

— *Journ. médec. Bordeaux,* 21 avril 1909. Sphacèle des fibres. interstitiels non exposés ; sa nat. aseptiq. ; son orig. vascul.

BISCH. — Th. Paris, 1901. Gangr. des fibr. utér. non pédiculés.

BLANCHARD. — Th. Paris, 1908. Tors. des fibr. sous-séreux pendant la grossesse.

BŒCKER. — *Centralbl. f. Gyn.,* 1902.

BRAUN. — *Centralbl. f. Gyn.,* 1894, p. 987 et 1327.

BRINDEAU. — *Bull. méd., Paris,* 1906, p. 847. Trait. des fibr. gravidiq.

BURTY. — Th. Paris, 1907. Fibr. compliquant la grossesse.

CAPPIE. — *Edimb. med. and surg. journal,* 1874, p. 15.

CHAVANNAZ. — *Journ. médec. Bordeaux,* 1907, 1908, 1909 et 1910. Fibromes sphacélés.

CHAVANNAZ et Pierre NADAL. — 1er et 20 févr. 1910. *Journ. médec. Bordeaux.* Recherches sur les vascular. des fibr. sphacélés.

CLAISSE. — Th. Paris, 1900. Orig. infectieuse des fibromes.

CORNIL. — *Acad. médec.,* 7 févr. 1896. Altérat. des myomes pendant la grossesse.

DEPLA. — *Presse médic. belge,* 23 févr. 1896. Myome suppuré et colibacille.

FRANK. — *Monatsch. f. Geb. und Gyn.,* 1903. Bd 17, III.

GAMBIER. — Th. Bordeaux, 1909. Pathog. de la nécrobiose des fibr. utérins interstitiels.

GROSSE. — Th. Paris, 1902. Indications de l'intervent. chirurg. au cours de la gross. compliquée de fibr.

GUÉRY. — Th. Paris, 1900. Suppuration des fibromes.

GUYOTAT. — Th. Lyon, 1898. Elimination des fibr. par gangr. et suppuration.

HARTMANN et MIGNOT. — *Ann. gyn. et obst.*, Paris, juin 1896, p. 425. Suppuration des fibr. interstitiels.

HECKER. — Klinik der Geburtskunde, Bd II, S. 128.

HARDOUIN. — *Arch. gén. Chir. Paris*, 1907, I, p. 502. De la conduite à tenir dans la gross. compliquée de fibr.

JOUBERT. — Th. Paris, 1907. Indicat. opérat. au cours de gross. compliquée de fibr.

KALTENBACH. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1887, p. 435.

KEIFFER. — *Gaz. Gynéc. Paris*, 1907. Des fibr. pendant la grossesse.

KRUKENBERG. — *Archiv. f. Gyn.*, 1883, p. 166.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité méd. chir. de gynécologie.

LANELONGUE. — *Rev. obst. et gynéc.*, Bordeaux, 1899.

LASNIER. — Th. Bordeaux, 1898. Sphacèle et purulence des fibromes utérins.

LEFOUR. — Th. d'agrég., 1880. fibr. et grossesse.

LUCAS. — Th. Paris, 1901. Indicat. de l'hystérect. tot. dans le traitement des fibr. compliquant la grossesse.

MARTIN. — Th. Nancy, 1891. Fibr. et grossesse.

MÉHEUT. — Th. Paris, 1902. Intervent. au cours de la grossesse compliquée de fibr.

POITEVIN DE FONTGUYON. — Th. Bordeaux, 1899. Hystérect. abdom. tot. pour fibr. compliquant gross.

POZZI. — Traité de gynécol.

PUJOL. — Th. Montpellier, 1896. Rapp. réciproq. de la gross. et de la parturition avec les fibr. de l'utérus.

RENAUD. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1908.

REYMOND. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1905.

ROSTHORN. — *Soc. méd. allem.*, Prague, 1892.

ROUTIER. — *Soc. Chir.*, avril 1902.

SCHRŒDER. — Mal. des org. génitaux de la femme, 1886.

TARNIER. — *Gaz. des hôpitaux*, 1869, p. 175.

THORN. — *Münch mediz Woch.*, 1905, p. 1632.

TREUBE. — *Arch. de Tocol.*, 1894, p. 806.

TURNER. — Th. Paris, 1900. Trait. des myomes gravidiq.

VARNIER. — *Ann. Gynéc.*. 1886, XXVI, p. 18.

VAUTRIN. — *Ann. Gynéc.*, 1898, I, p. 89.

ZWEIFEL. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, p. 75.